

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 131

Cystostomie et Cancer de la prostate

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 16 Janvier 1933

PAR

Marcel-Achille-Germain-Raphaël CYSSAU

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à BAVINCHOVE (Nord), le 29 décembre 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur.....	Président.
		GUYOT, professeur.....	Juges.
		PAPIN, agrégé.....	
		DUBECQ, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

3-6, Place Saint-Christoly

1933



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548415_0001

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 131

Cystostomie et Cancer de la prostate

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 16 Janvier 1933

PAR

Marcel-Achille-Germain-Raphaël CYSSAU

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à BAVINCHOVE (Nord), le 29 décembre 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur.....	{	Président.
		GUYOT, professeur		Juges.
		PAPIN, agrégé		
		DUBECQ, agrégé.....		

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

3-6, Place Saint-Christoly

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS, Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSE, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGÈS, AUCHÉ, SELLIER.

PROFESSEURS

MM.		MM.	
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirur. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BELLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	GREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM MICHELEAU (Médecine générale), MURATET (Anatomie pathologique), GOLSE (Pharmacie),
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.		MM.	
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.....	VITTE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.		MM.	
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac.....	GOLSE.
Accouchements.....	PERY.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....			
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			
id.....	Clinique dentaire.....		

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PERE — A MA MERE

En témoignage de mon affection et de
ma reconnaissance.

A MES FRERES

A MA SOEUR

A MES BELLES-SOEURS — A MON BEAU-FRERE

A MES NIECES

A MES CAMARADES DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE ET DES COLONIES

A MES CAMARADES DE SPORT

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE ET DES COLONIES

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'école principale du Service de santé
de la Marine et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTE DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

A MES JUGES

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DUVERGEY

*Professeur de Clinique des maladies des voies urinaires
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de la Société de Chirurgie,
Membre titulaire de la Société française d'Urologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Pour le très grand honneur qu'il nous
fait en acceptant la présidence de cette
thèse.

CYSTOSTOMIE

ET

CANCER DE LA PROSTATE

INTRODUCTION

Nous serions entraîné trop loin si nous voulions faire l'historique de la cystostomie sus-pubienne. Disons seulement que sa pratique est relativement récente, la première en date ayant été faite par Poncet en 1888 pour un prostatique en rétention. « L'impossibilité du cathétérisme rendait nécessaire chez ce malade une intervention plus complète. Je pratiquai au-dessus du pubis une incision méthodique de la paroi et, pour avoir un véritable canal de dérivation, je suturai les lèvres de la plaie vésicale à toute l'épaisseur des bords de la paroi abdominale, dans le but d'établir un urètre contre nature définitif. » C'est à dater de cette époque que la cystostomie entre dans la pratique.

Ultérieurement, le premier travail d'ensemble est la thèse de Bonan; puis vient la thèse de Michon. En 1900, la prostatectomie fait passer la cystostomie au second plan. Il n'en reste pas moins qu'à cette époque on avait déjà maintes fois pratiqué la cystostomie pour cancer de la prostate. Quelques années après, elle reparait avec l'avènement de la prostatectomie en deux temps, l'énucléation de la prostate étant précédée d'une cystostomie temporaire.

Dans le cas particulier de cancer de la prostate, elle a ses partisans et ses détracteurs, et le long débat entre la cure radicale et la cure palliative est loin d'être terminé et la lumière loin d'être faite.

Dans cette modeste étude, nous nous proposons de faire dans un premier chapitre un parallèle entre le traitement curatif et le traitement palliatif et d'étudier dans les suivants l'action que peut avoir la cystostomie sur les différents symptômes et complications du cancer de la prostate.

TRAITEMENT CURATIF ET TRAITEMENT PALLIATIF

Le cancer de la prostate constitue certainement l'affection la plus désespérante qui puisse s'abattre sur les voies urinaires. Trop rarement curable chirurgicalement, il est habituellement conduit à une terminaison fatale précédée des plus cruelles complications.

Il est loin d'être aussi rare qu'on le pense ordinairement, nous en prendrons pour témoin une statistique de Pauchet où, sur 200 cas de néoplasies de toute espèce, on trouvait 19 localisations prostatiques.

Pour quelles raisons les chirurgiens obtiennent-ils des résultats aussi désastreux dans leurs essais de chirurgie curative? Elles sont nombreuses et faciles à comprendre. Au premier chef, il faut citer la rareté du diagnostic précoce. En effet, « de même que certains sujets considèrent que l'âge amène fatalement l'affaiblissement de la vue, certaines femmes estiment qu'il est normal d'avoir des métrorragies à 48 ans, certains hommes estiment qu'il est normal de pisser faiblement à 60 ans ». C'est malheureusement ainsi que le cancer utérin et le cancer prostatique passent le plus souvent inaperçus au début de leur évolution et à la seule période à laquelle ils seraient opérables d'une façon utile.

D'autre part, les premiers symptômes en date sont d'une grande banalité. Ce sont ceux du prostatisme en général. L'évolution du mal est longtemps insidieuse, ce qui fait qu'on voit arriver dans les services des malades porteurs d'énormes tumeurs et qui ont longtemps vécu dans l'ignorance absolue de leur mal.

En général, les malades ne s'effraient qu'en présence d'hé-

morragies ou de douleurs. Or, pour ce qui est des hémorragies, elles constituent un symptôme d'apparition assez tardive, puisque la majorité des auteurs s'entendent pour dire qu'elles sont en rapport avec l'envahissement de la vessie.

Non seulement le chirurgien peut se trouver en présence de cas où la carcinose prostatopelvienne peut être réalisée à des degrés divers, mais il peut encore se trouver en face d'un cancer compliqué de métastases. C'est, en effet, une des propriétés importantes du cancer de la prostate que cette fréquence des métastases osseuses en particulier. Il est toute une série de localisations se faisant à distance avec une fréquence très remarquable. Elles sont encore plus fréquentes pour le cancer de la prostate que pour le cancer du sein ou du corps thyroïde. L'origine circulatoire ne semble pas devoir être mise en doute.

L'envahissement ganglionnaire est des plus importants également, non seulement à cause de sa fréquence mais encore à cause de sa précocité. C'est là que nous trouvons le principal adversaire de la cure radicale du cancer de la prostate.

Cet organe est, en effet, une véritable éponge lymphatique, suivant l'expression d'Engelhach. De véritables tumeurs peuvent ainsi se constituer le long de la colonne vertébrale.

Enfin, au point de vue technique, le chirurgien se trouve souvent en face de difficultés insurmontables, car, dès que le cancer a dépassé les limites de la loge, l'énucléation complète est quasi impossible, et l'essaimage des éléments cancéreux presque fatal.

Laneu (de Marbourg) estime que l'extirpation du cancer de la prostate ne donne que des guérisons dans un nombre limité de cas. Il pose la question : doit-on faire un traitement chirurgical, ou doit-on se contenter d'une opération palliative?

Kümmel, *Freyer*, etc., d'après leurs statistiques, donnent une survie de 10 p. 100 après trois ans pour des cas favorables avec, en plus, une grosse mortalité opératoire.

Pour *Pasteau*, la chirurgie curative a des résultats certains

dans le cas d'adénomes ne présentant que des points isolés de dégénérescence. C'est pourquoi il estime que la prostatectomie doit être faite très rapidement dans tous les cas d'hypertrophie de la prostate, pour peu que l'on ait le moindre doute sur l'existence de noyaux cancéreux.

Raffin va plus loin : il estime que la prostatectomie est interdite aux cancéreux.

Paul admet l'impuissance absolue de la prostatectomie, et il faut bien avouer que les observations publiées sont rarement démonstratives.

Il existe un problème qui est également très intéressant à étudier. A savoir quels sont les services que peut rendre la cystostomie faite comme premier temps d'une opération radicale pour forme circonscrite? Elle peut remplir ainsi un double rôle :

Tout d'abord, en luttant contre les accidents de toxi-infection urinaire et en abaissant le taux de l'urée sanguine, elle désintoxique le malade et le met dans de meilleures conditions pour supporter le shock opératoire.

Elle entraîne, en outre, par la suppression partielle ou totale de l'infection, une diminution de volume de la prostate et un retour de la mobilité de cette glande facilitant l'énucléation.

Enfin, elle permet de se rendre compte *de visu* et mieux que par tout autre moyen de l'état des lésions et de la conduite à tenir.

Nous citons quelques observations, en particulier celles empruntées à la thèse de *Kohren*, où l'état général et l'état des reins ayant grandement été améliorés par la cystostomie, la prostatectomie a pu être effectuée dans de bonnes conditions dans un délai plus ou moins grand, après l'ouverture hypogastrique.

Hormis ces cas favorables, il faut s'en tenir à la thérapeutique palliative et faire par son intermédiaire le traitement des divers symptômes de l'affection.

La cystostomie combat efficacement deux complications

capitales de la chirurgie urinaire : la rétention et l'infection. Elle agira tantôt comme moyen de dérivation, tantôt comme moyen de désinfection. Souvent elle remplira les deux buts simultanément, la rétention vésicale s'accompagnant rapidement d'un certain degré d'infection.

Parfois enfin elle servira à calmer les douleurs et à arrêter les hémorragies.

Ce sont toujours ces quatre complications isolées ou associées qui engagent le chirurgien à pratiquer cette opération.

Quant au traitement curiethérapique, il semble peut-être devoir donner la clef de l'énigme. Il a donné d'excellents résultats. Nous l'étudierons dans son association avec la cystostomie au cours d'un prochain paragraphe.

CYSTOSTOMIE ET RETENTION

La rétention est de loin le symptôme le plus important du cancer de la prostate. Elle est, en général, le premier en date.

Hallopeau, dans sa thèse, nous cite une statistique où, sur 42 cas, le symptôme initial avait été :

- 16 fois la fréquence des mictions;
- 13 fois la difficulté d'uriner;
- 6 fois une crise de rétention aiguë;
- 4 fois l'hématurie;
- 3 fois enfin des douleurs dans la région lombaire et hypogastrique.

On se rend compte facilement, d'après cette statistique, que les troubles mécaniques dominent la scène.

La rétention peut être aiguë. — Le cancer de la prostate entre assez rarement dans sa phase clinique par une crise de rétention aiguë. Sur 42 cas, *Hallopeau* en signale cependant 6 ayant eu un pareil début.

La rétention peut être progressive. — C'est le cas le plus fréquent. Le cancer de la prostate est loin de se caractériser toujours par des troubles de rétention nette. En général, elle s'annonce par quelques petits signes urinaires : dysurie, fréquence des mictions, douleur à la miction.

QUEL EST LE MÉCANISME DE LA RÉTENTION?

Tous les auteurs insistent sur le rôle de la congestion passive et du spasme musculaire. Il faut reconnaître que les causes physiologiques jouent un rôle dans bien des rétentions subites, alors que les causes mécaniques, par leur évo-

lution plus lente, donnent des rétentions dont l'installation est plus insidieuse.

L'urètre est déformé, tantôt dévié à droite, tantôt à gauche, tantôt aplati dans le sens latéral. Quelquefois, sa courbure est déviée au point de former un S ou un angle droit. La propagation proprement dite est rare, enfin l'urètre peut être complètement détruit, et cette perte de substance peut être à l'origine d'une infiltration d'urine.

La vessie. — La propagation à la vessie est très fréquente : les trois quarts des cas pour certains auteurs. Suivant l'étendue des lésions, on distingue trois aspects : a) l'infiltration; b) la formation à l'intérieur de la paroi de nodules tendant à s'ulcérer; c) la muqueuse est envahie, détruite; les végétations font saillie dans la vessie, certaines de ces végétations arrivent à être pédiculées, et si elles se trouvent dans la région du col elles peuvent recouvrir en clapet l'orifice de l'urètre. Les deux derniers stades peuvent, on le conçoit aisément, être la cause de rétentions aiguës ou progressives.

L'uretère. — Quand l'envahissement vésical comprend le trigone, les orifices urétéraux peuvent être englobés dans la masse néoplasique ou être comprimés, et cela de deux ou d'un seul côté. Il en résulte une oblitération qui peut d'ailleurs être également produite par le développement de la tumeur ou de ses dépendances ganglionnaires derrière la vessie.

L'appareil rénal subit également le contre-coup de la rétention. Il se produit une dilatation urétérale, puis une hydronéphrose qui peut s'infecter secondairement. C'est le plus souvent une distension aseptique, avec atrophie du parenchyme et des phénomènes urémiques. Si la poche s'infecte, on a la pyélo-néphrite suppurée.

Insistons enfin sur l'augmentation de volume de la prostate qui, par un mécanisme que l'on retrouve dans l'hypertrophie, soulève le bas-fond vésical, créant ainsi une rétention partielle.

QUELLES SONT LES CONSÉQUENCES DE LA RÉTENTION ?

Poncet divise les rétentionnistes en deux catégories :

1° Les troubles mécaniques chez des sujets indemnes de toute manifestation d'empoisonnement urineux, et où les urines ne présentent pas d'altérations pathologiques;

2° Les malades offrant des signes de septicémie ou d'urémie et chez lesquels l'indication opératoire est formelle. Mais la rétention, en dehors de tout phénomène infectieux, est capable, à elle seule, d'amener des accidents. Dilatation des uretères, du bassin et hydronéphrose aseptique, atrophie réflexe du parenchyme rénal avec toutes ses conséquences. Douleur par la mise en tension des parois vésicales. Intoxication urémique par suite de la suppression du libre cours de l'urine. Il faut, suivant cette forte expression, « pisser ou mourir ». Ce sont ces divers accidents qui commandent, dans certaines conditions, la pratique de la cystostomie.

Pour la deuxième catégorie, la grande conséquence de la rétention, c'est l'infection. Il est fatal qu'un sujet traité par des cathétérismes fréquents finisse par s'infecter.

Dans les deux cas, il y a accumulation d'urée dans l'organisme, et c'est souvent cette rétention azotée qui pose une indication opératoire formelle. Il est de règle, dans les affections des voies urinaires, et plus particulièrement dans l'hypertrophie et le cancer de la prostate, de trouver dans le sang une rétention azotée plus ou moins importante, et en général ces sujets font de la rétention vésicale avec ou sans distension. Il est manifeste qu'ils font une rétention azotée hors de proportion avec l'état de leur rein. A cette rétention azotée sont dus les maux observés : anorexie, nausées, soif, anxiété, somnolence, état de réceptivité et de fragilité extrême de l'organisme devant toutes les infections. C'est un fait capital que cette azotémie peut être améliorée par le seul traitement de la rétention vésicale. Il est de règle, avant de tenter une opération curative, de guérir ou d'amé-

liorer l'azotémie et de se rendre compte de l'état des reins; nous citons à ce sujet des observations qui nous ont semblé démonstratives, où le traitement employé a été la cystostomie sus-pubienne.

Pour *Legueu*, c'est la rétention incomplète avec distension qui expose aux plus hautes azotémies; sa conclusion est la suivante : « Tous les sujets chez lesquels la fonction rénale est annihilée par la distension vésicale sont à cystostomiser, car, sauf intervention, ils sont voués à une mort certaine par intoxication urémique. »

Quand faut-il faire la cystostomie dans le cas de rétention?

Les sondages fréquents déterminent invariablement l'infection. Chez le cancéreux les fausses routes, portes d'entrée à l'infiltration urineuse, deviennent la règle, tant l'urètre prostatique est friable. La sonde à demeure, qu'on serait tenté de mettre dès que les cathétérismes deviennent laborieux, forme en plein tissu néoplasique un corps étranger, source d'irritations et de douleurs constantes. Il vaut mieux recourir d'emblée à la cystostomie.

Néanmoins, l'indication formelle sera toujours l'impossibilité du cathétérisme. Là, la cystostomie, par son large drainage, se montre d'une efficacité remarquable.

La rétention est donc la principale indication, d'autant plus qu'elle disparue, nombre de symptômes qui en découlaient directement disparaissent de la scène pour le plus grand bien du malade. Pour ces diverses raisons, Cumston-Legueu et les classiques français préconisent la cystostomie, qu'ils considèrent dans le cas particulier comme une ressource de premier ordre à laquelle il faut savoir faire appel sans trop attendre. Certains même conseillent d'y recourir dès l'apparition des troubles mictionnels pour l'heureuse influence qu'elle a sur l'évolution de la tumeur.

CYSTOSTOMIE ET INFECTION

Il est fréquent de trouver dans la vessie des malades atteints de cancer de la prostate un état infectieux aigu ou chronique. Cet état est développé soit sur la tumeur, soit à cause d'elle. Ce sont ces considérations qui engagent les chirurgiens à pratiquer la cystostomie.

Sur la tumeur. — Il faut bien se pénétrer de cette tendance qu'a la tumeur prostatique à se propager vers le haut. Il y a d'abord soulèvement de la paroi, puis infiltration, puis plus tardivement la paroi se laisse ulcérer. Sur 50 cas, *Engelbach* trouve la vessie infiltrée 19 fois; *Kauffmann*, sur 100 cas, trouve 17 infiltrations; enfin, *Motz et Majewski*, sur 26 cas de carcinose, constatent l'envahissement 20 fois. Les vessies envahies secondairement peuvent présenter un aspect variable. Il y a tous les stades, depuis la simple infiltration jusqu'à l'énorme tumeur bourgeonnante.

Autre question : Cette propagation est-elle précoce?

Pour *Motz et Majewski*, ce serait elle qui provoquerait les premières hématuries et, par conséquent, la vessie serait envahie le plus souvent presque avant que l'on ait fait le diagnostic de cancer de la prostate. Il est facile de comprendre après cela que l'état de sphacèle de la tumeur, la présence de sang dans la vessie, les anfractuosités situées dans la masse cancéreuse, les ulcérations, sont autant de causes favorisant l'infection vésicale.

Les cystites qui se développent ainsi à l'occasion de la propagation vésicale d'un néoplasme prostatique sont soit des cystites membraneuses, soit des cystites gangréneuses, soit des cystites putrides. Ce sont des affections à allure

grave, caractérisées par des signes de cystites suraiguës, mictions continuelles très purulentes, hématuries abondantes et fréquentes. Dans l'urine on trouve des débris de muqueuse sous forme de lambeaux blanchâtres caractéristiques. L'état général est gravement atteint, le facies grippé, la langue sèche, la fièvre s'allume et présente de grandes oscillations. A une période ultérieure, si la rétention n'existe pas, elle fait son apparition par suite de l'encombrement du col par les débris membraneux qui peuvent également obstruer la sonde qui cherche à rétablir le cours normal de l'urine. On ne peut alors soulager le malade par le cathétérisme. A noter également que quand la vessie est comprise dans l'envahissement néoplasique et que l'infection se greffe sur ce terrain de choix, la cachexie cancéreuse marche à pas de géant et que, bien souvent, la septicémie vient s'ajouter au tableau.

Certains auteurs considérant la fréquence de la cystite néoplasique la rangent presque au nombre des symptômes. Les micro-organismes qui se développent difficilement dans une vessie normale trouvent ici un terrain bien plus favorable, surface altérée, anfractueuse, mélange de sang et d'urine formant un bon bouillon de culture. Les signes dépendent beaucoup de la nature du néoplasme. S'il s'agit d'une petite tumeur, l'infection est moins forte et la guérison plus facile. Dans les néoplasmes fongueux avec champignons ou masses cancéreuses en voie de nécrose, les signes sont intenses, et rien ne peut les calmer.

On a alors la main forcée et on pratique la cystostomie. Inutile d'ajouter que, dans l'intérêt du malade, il est préférable d'agir beaucoup plus vite.

A cause de la tumeur. — On sait que la principale action du cancer de la prostate c'est de déterminer d'abord des troubles mictionnels, puis soit de la rétention aiguë, soit de la rétention chronique. Ainsi que nous l'avons étudié dans le paragraphe précédent, rétention et infection sont intimement liées et vont presque toujours ensemble chez les cancéreux prostatiques.

Considérons, en effet, une vessie rétentionniste aseptique; elle forme vase clos dans lequel l'urine, produit éminemment fermentescible, forme un bouillon de culture de choix, surtout si elle est plus ou moins alcaline. L'apport microbien peut être réalisé de diverses façons. Par la voie rénale, par la voie circulatoire ou par la voie urétrale, cette dernière de loin la plus importante. On sait que ce canal possède une flore particulière qui, en temps ordinaire, vit en bonne intelligence avec l'individu, mais qui souvent profite des moindres défaillances de son état général pour déclencher des états infectieux, dont les cystites sont l'avant-garde. Chez les rétentionnistes, le traitement habituel est le cathétérisme. Cette petite opération sans gravité aucune dans les mains d'un opérateur soigneux, qui s'entoure d'une asepsie rigoureuse, peut néanmoins devenir grave si, le cathétérisme étant souvent répété, l'irritation que cause la sonde, l'apport microbien extérieur, la flore urétrale, amènent l'infection du système vésical.

Il suffit de constater le nombre de rétentionnistes à urines claires chez lesquels l'infection s'installe à la suite du cathétérisme.

La sonde à demeure figure également parmi les causes d'infection; elle est chez les vieillards, dont les voies urinaires sont toujours en imminence d'infection, une arme à double tranchant. Elle irrite la vessie et le canal uréthro-prostatique. Elle est une cause d'infection toujours à redouter.

Dans les rétentions chroniques, l'infection se développe également. Si le malade urine par regorgement, du fait que la musculature vésicale a perdu ses propriétés de contractilité, il se produit qu'au fond de la vessie une certaine quantité d'urine n'est pas renouvelée. C'est elle qui crée, puis qui entretient l'infection et, bien que le malade émette des urines claires, son bas-fond est plein de pus.

Il est des cas où l'incision d'une vessie infectée équivaut presque à l'ouverture d'un abcès. La cystostomie est, dans ces cas, le seul remède, la dernière ressource du malade, la

sonde à demeure s'étant montrée insuffisante, car elle est loin de donner un drainage aussi parfait que la précédente, bien que certains auteurs considèrent que là où la sonde à demeure a échoué, la cystostomie sera également tenue en échec.

L'infection vésicale, une fois installée, a grande tendance à envahir les voies urinaires supérieures; celles-ci, en effet, sont souvent préparées à l'invasion des germes pathologiques grâce à la rétention qui exerce sur elle une action néfaste et à l'infection rénale fait suite l'infection urétéro-pyélorénale. La cystostomie, en diminuant l'infection et la congestion vésicale, a des effets bienfaisants sur le rein qui a été infecté par la voie ascendante; elle diminue ou fait disparaître la rétention azotée. Elle a ainsi la valeur d'une véritable cure de désintoxication urinaire. Ses avantages sont les suivants :

Supprime toute accumulation d'urine dans la vessie;

Transforme ce réservoir normalement clos de toute part en un canal largement ouvert dans lequel n'existe pas la stagnation.

L'opération donne à l'appareil urinaire un repos inconnu à toutes les autres méthodes. L'ouverture hypogastrique permet en outre, par des irrigations répétées et faciles, de désinfecter plus aisément la vessie.

En résumé, lorsque des phénomènes infectieux, de la fièvre et des signes non douteux d'intoxication urinaires se surajoutent aux troubles mécaniques, l'indication de la cystostomie est formelle. Il paraît logique d'intervenir plus tôt encore dans le cas de cysto-néphrites.

CYSTOSTOMIE ET HÉMORRAGIES

Parmi les symptômes du cancer de la prostate, il en est un qui détermine toujours le malade à venir consulter son médecin à cause de l'inquiétude qu'il détermine en lui. C'est l'hémorragie. Elle a surtout sa valeur symptomatique quand elle se produit sans cause et avec abondance. L'hématurie se réclame fréquemment d'une thérapeutique symptomatique et *a fortiori* quand elle s'accompagne de rétention. L'expérience a montré que contre l'hématurie néoplasique nous étions bien démunis et qu'à part la cystostomie aucun des hémostatiques n'avait d'efficacité bien réelle. L'ergotine, l'hamaméline, le perchlorure de fer, l'adrénaline, les injections de sérum gélatiné ne donnaient que peu de chose. D'autre part, les injections vésicales astringentes, le tanin en particulier, sont, dans la majorité des cas, mal supportées ou inefficaces. L'eau de Pagliari, par contre, qui possède la curieuse propriété de former avec le sang un coagulum dur, peut rendre de grands services dans les cas urgents, mais les caillots ainsi formés sont une cause presque inévitable d'obstruction de la lumière urétrale, provoquant ainsi une rétention progressive. Dans ce cas particulier, le malade n'émet plus que des urines très rares et sanglantes, en dépit de besoins fréquents et douloureux. Il faut alors absolument intervenir. Il faut vider la vessie et la mettre au repos. En général, pour arriver à ce résultat, cathétérisme et sonde à demeure suffisent, employés concurremment avec des lavages évacuateurs. Si, malgré tout, l'hémorragie ne s'arrête pas et si son abondance est un danger, l'intervention sanglante par voie sus-pubienne s'impose avec, au besoin, un tamponnement de la vessie.

Conséquences des hémorragies. — Quelles sont les consé-

quências que peuvent entraîner les hémorragies et la présence de sang dans la vessie?

L'abondance de l'hémorragie chez un malade affaibli et cachectique, toujours diminué dans sa vitalité, suffit pour assombrir fortement le pronostic immédiat et précipiter le dénouement.

Elles favorisent l'infection. La fréquence de l'infection vésicale est expliquée dans bien des cas par la présence de sang dans la vessie, constituant dans son mélange avec l'urine un milieu de culture de choix pour les micro-organismes.

Infection et abondance des hémorragies, voilà déjà deux indications opératoires. Il en existe une troisième. Chez un cancéreux prostatique en rétention aseptique, disons de suite que la chose est rare; si les cathétérismes deviennent douloureux et occasionnent des hémorragies, il faut faire la cystostomie.

Quel est le mécanisme de l'hémostase par la cystostomie? Reportons-nous pour en comprendre le mécanisme de *Genouville* et *Backel* dans l'*Encyclopédie d'urologie*. L'action essentielle de la cystostomie est de drainer la vessie et de la mettre au repos. Comme le déclare *Janbrau*, « la mise au repos de la vessie rend inutile la contracture », l'action du muscle vésical sur la tumeur prostatique et sur les dépendances vésicales de cette tumeur ne se fait plus sentir.

D'autre part, la cystostomie exerce une influence considérable sur toute la circulation du petit bassin, et en particulier sur la circulation prostatique périprostatique et vésicale. Pratiquée sur une vessie saine, ses effets seraient à peu près nuls, mais dans le cas qui nous occupe, le petit bassin est le siège d'une hyperémie considérable et a une stase sanguine qu'on doit rapporter en partie à la gêne qu'apporte à la circulation locale la présence d'une tumeur qui peut être très volumineuse. Quand à ce tableau s'ajoutent la rétention et l'infection, comme c'est la règle, la congestion pelvienne atteint son maximum, et la moindre petite ulcération à la muqueuse vésicale, le moindre traumatisme à l'occasion

d'un cathétérisme, peuvent être la source d'hémorragies pouvant prendre des proportions inquiétantes. Il est facile dès lors de saisir le mécanisme, la cystostomie faisant disparaître la congestion. Ces hémorragies disparaissent, et la prostate, véritable éponge sanguine, diminue considérablement de volume en très peu de temps.

Pour Duvergey et Dax, les hématuries résultent du barrage urétral par la tumeur. La valeur thérapeutique de la cystostomie est considérablement augmentée par le fait que la sonde à demeure est inopérante contre les congestions pelviennes trop intenses. D'autre part, l'hémorragie *a vacuo*, qui constitue un grand danger dans le cathétérisme des vessies rétentionnistes et distendues, est très rare dans la cystostomie.

Dans les hématuries vésicales, l'indication de cystostomiser peut être urgente. On peut avoir un véritable hématoçèle vésical où l'on trouve des caillots sanguins faisant, malgré la sonde, obstacle à la miction. Le traitement opératoire est alors une ressource de premier ordre, à laquelle il faut savoir recourir sans trop attendre.

Une fois la cystostomie pratiquée, on pourra faire un lavage de la vessie avec une solution faible d'oxycyanure de mercure et, si cela n'est pas suffisant, un tamponnement.

Quelle que soit la valeur préventive et curative de la cystostomie contre les hématuries, il ne faut pas exagérer cette valeur. Les hémorragies peuvent se reproduire après cette opération. Aumont, dans un article publié par le *Bulletin de la Société nationale de chirurgie*, nous montre l'observation d'un malade cystostomisé pour des accidents d'infection et pour des hémorragies qui, une fois sa vessie ouverte, fit le cinquième jour une hémorragie grave.

Dans la thèse de Kohreu, après une étude faite sur de nombreux cas d'hémorragie dans des néoplasmes prostatiques, on trouve la conclusion suivante : « Dans toute hémorragie vésicale, quelle qu'en soit la cause, la cystostomie est le meilleur moyen hémostatique. » Nous reproduisons d'ailleurs ces observations.

CYSTOSTOMIE ET DOULEURS

La douleur est également un des symptômes qui, dans le cancer de la prostate, peut forcer le chirurgien à intervenir. Il est évident que l'on n'intervient pas uniquement pour faire disparaître l'élément douleur, car, en général, ce dernier marche de pair avec la rétention et l'infection et se trouve le plus souvent sous leur dépendance.

L'infection. — Toutes les variétés de cystites peuvent donner la cystite douloureuse. Cette dernière nécessite presque toujours une intervention chirurgicale. Le contact d'une urine septique avec la muqueuse vésicale enflammée, desquamée, ulcérée, entre pour une large part dans la genèse des douleurs.

La rétention. — Pour Guyon, c'est « la mise en tension des parois vésicales et le contact de l'urine ». Les souffrances doivent être attribuées à cet obstacle mécanique entravant une fonction nécessaire.

Enfin, en éprouvant le besoin incessant de se débarrasser du contenu de leur vessie, ces malades se procurent quelques instants de repos, une légère diminution de leurs souffrances, qui reprennent de plus belle l'instant après.

Quelle est la nature des douleurs? — Elles sont dues à l'exagération de la sensibilité au contact et à la tension. D'après Guyon, les douleurs sont surtout constatées dans les cystites pour corps étrangers et calculs, dans la cystite tuberculeuse et, enfin, dans la cystite néoplasique. Par cystite néoplasique, il entend celles qui accompagnent les néoplasmes vésicaux proprement dits ou ceux du voisinage qui se sont propagés à la vessie, c'est-à-dire presque toujours reconnaissant une origine prostatique.

La cystite douloureuse s'installe à une période variable de la maladie et atteint souvent une grande intensité. Les souffrances dominent la scène morbide; elles acquièrent quelquefois une telle violence qu'elles deviennent de véritables crises de coliques vésicales.

Du côté du rectum, les symptômes douloureux ressemblent à ceux du cancer du rectum. Ils tiennent, en effet, à l'envahissement ou à la compression du conduit intestinal. Epreintes, envies fréquentes d'aller à la selle avec efforts considérables, constipation avec alternatives de diarrhée sanguinolente et douloureuse. Un vieux cancéreux présentait, suivant son expression imagée, « des jetées incessantes de douleur sur l'anus ». D'autres malades souffrent surtout de leur urètre, rendant le cathétérisme effroyablement douloureux, si bien que le patient s'y refuse avec une énergie sans cesse accrue. D'autres, enfin, présentent des douleurs hypogastriques, des irradiations lombaires ou même sciatiques.

Le chloral, la belladone, la morphine, demeurent sans aucune action. C'est ainsi que, pour des néoplasmes considérés comme inopérables, la cystite douloureuse conduit quelquefois à pratiquer la cystostomie uniquement dans le but d'atténuer la douleur et de rendre ainsi la vie supportable au malade. On laisse ainsi de propos délibéré tout traitement curatif de côté. Le malade, par la cessation de ses douleurs, a pour un temps l'illusion de sa guérison.

Quel est le mode d'action de la cystostomie dans l'atténuation ou la suppression des douleurs? L'incision thérapeutique de la vessie, en supprimant toute manifestation de la contractilité vésicale, toute élévation de la pression intravésicale, supprime du même coup toute manifestation de la sensibilité à la tension. D'après *Guyon*, qui a bien étudié les effets bienfaisants de la cystostomie sur les douleurs, ces dernières sont le fruit d'un synchronisme entre la contractilité et la sensibilité vésicales.

En résumé, la cystostomie est un excellent moyen pour

atténuer ou pour supprimer les névralgies vésicales. Pourtant, elle demeure souvent sans effet sur les douleurs par compression, les crises vésicales disparaissent, mais les épreintes rectales persistent souvent, de même les irradiations vers le nerf sciatique. Néanmoins, ainsi que le montrent les observations qui suivent, elle arrive dans la plupart des cas à supprimer les états douloureux, et de ce fait à relever un peu l'état général des cancéreux.

CYSTOSTOMIE ET ETAT GENERAL

Comme nous l'avons vu dans les paragraphes qui précèdent, la cystostomie exerce une action sédative manifeste sur les différents symptômes qui accompagnent le cancer de la prostate.

Supprimant la rétention, elle atténue l'intoxication urinéuse, améliore l'état fonctionnel des reins, dont les diverses modalités, savoir : la sécrétion de l'urée, des diverses substances organiques de l'urine, l'élimination des chlorures, ressentent les heureux effets. On peut d'ailleurs s'en rendre compte par l'amélioration de la constante, ainsi que par l'épreuve de la phénol-sulfonephtaléine. Quelques observations très instructives empruntées à la thèse de Kohren en sont les témoins.

En ce qui concerne l'infection, la cystostomie est encore le meilleur moyen de la juguler et de désinfecter l'arbre urinaire. Les accidents de pyélo-néphrite sont favorablement influencés, la fièvre tombe ou diminue dans la plupart des cas.

Nous avons également noté la baisse de l'azotémie avec diminution de l'importance des signes urémiques.

Enfin, suppression des hémorragies et des douleurs, dont l'association exerce sur le malade un effet si déprimant.

En diminuant l'intensité des symptômes, elle opère un ralentissement dans la marche inexorable du cancer, elle retarde l'arrivée des métastases. En maintenant l'état général à un bon niveau, elle empêche l'arrivée des affections intercurrentes, auxquelles les prostatiques paient un si lourd tribut. En somme, elle augmente la survie du malade. Nous

avons recueilli à ce sujet quelques observations où la cystostomie a nettement prolongé la vie de ses bénéficiaires.

De fait, de nombreux malades cystostomisés en temps utile sont morts porteurs d'une tumeur ne dépassant pas un volume moyen. Ils ont pu éviter les horribles souffrances inhérentes à la carcinomatose prostatopelvienne.

Enfin, par la suppression du réservoir vésical, on supprime également les nombreux besoins d'uriner. On assure ainsi le sommeil et le repos physique du malade. On supprime enfin le cathétérisme, qui traumatise incessamment le cancer et la sonde à demeure, qui, obligeant le malade à garder le lit, l'expose aux accidents cardio-pulmonaires.

Ce bien-être relatif lui permet souvent, dans une certaine mesure, de reprendre sa vie habituelle, de vaquer à ses affaires. L'opération palliative lui donne pour un temps l'illusion de sa guérison.

CYSTOSTOMIE ET RADIUMTHERAPIE

Ce paragraphe sort un peu les limites de notre étude, pourtant il nous a paru nécessaire de préciser les rapports que peuvent avoir la cystostomie et la radiumthérapie.

Chauvin (de Marseille), dans un article récent, pose avec précision les bases du traitement par le radium. Il ne conteste pas les bienfaits qu'une thérapeutique chirurgicale peut rendre dans les formes circonscrites où les limites naturelles de la glande sont encore respectées, mais il faut reconnaître avec lui que ces formes sont l'infime minorité. Dans les autres cas, où la tumeur ayant largement dépassé les limites de la loge prostatique, aucun chirurgien, à l'heure actuelle, n'oserait intervenir. Enfin, les formes répondant au type carcinose de Guyon ne semblent se réclamer que d'une thérapeutique symptomatique.

C'est donc uniquement aux formes intermédiaires à ces deux extrêmes que s'intéresse le radium.

D'après Chauvin, deux considérations doivent dominer le radiumthérapeute :

1° La cellule néoplasique n'est pas constamment vulnérable au radium; elle semble dans son évolution passer par un stade de radium-résistance. Il faut donc la prendre à une période favorable de son évolution. En conséquence, prolongation suffisante de l'application pour que toutes les cellules cancéreuses passent à leur stade de radium-sensibilité. Comme autre conséquence pour combattre l'effet néfaste d'applications prolongées de radio-nécrose sur les zones irradiées, la nécessité d'employer des doses faibles;

2° Les radiations ont une puissance de pénétration faible.

donc leur effet à une certaine distance est réduit ou même nul. Autre conséquence : la multiplication des foyers d'irradiation dans la masse de la tumeur.

En manière de traitement curiethérapique, la technique est tout dans l'obtention des succès ou des améliorations. Il n'est pas suffisant de placer une certaine quantité de radium en présence de la tumeur.

Regaud précise : « Il faut un rayonnement assez puissant pour être partout cancéricide. Nulle part assez intense pour être caustique aux tissus sains. »

« Il faut battre la lésion par toutes ses faces. » Cette dernière citation fait bien comprendre les rapports du radium avec la cystostomie. Toute application endo-prostatique est insuffisante, car de la périphérie les doses ne sont plus cancéricides. L'explication de ce phénomène nous est donnée par la loi qui veut que « le rayonnement décroît comme le carré des distances ». Pour atténuer l'effet néfaste de cette loi, il faut employer des doses bien réparties sur toutes les faces de la lésion, c'est-à-dire l'irradiation périprostatique. La voie hypogastrique est donc nécessaire. Quelques mots de technique ne sortent pas de notre cadre. *Papin* et *Verliac* décrivent ainsi leur façon de procéder :

Premier temps : Incision sus-pubienne, ouverture du péritoine. Une main va reconnaître s'il existe des ganglions dans la région iliaque et hypogastrique. Si l'exploration est positive, ils s'en tiennent à un traitement palliatif, c'est-à-dire à la cystostomie dans la majorité des cas.

Deuxième temps : Si l'exploration est négative, on referme soigneusement le péritoine. On pratique alors la cystostomie. Puis, quelques jours après, mise à nu de la face postérieure de la prostate et application d'aiguilles radifères sur cette face postérieure et sur les vésicules, un doigt étant introduit dans la vessie par l'orifice de la cystostomie. Ce doigt est un précieux indicateur qui donne à l'opérateur une notion très exacte de la profondeur à laquelle il introduit ses aiguilles.

L'opération est terminée par une application endo-vésicale sous le contrôle de la vue d'une série d'aiguilles plus courtes que les précédentes. On réalise ainsi une irradiation complète.

D'après les observations qu'ont à présenter Papin et Verliac, on ne peut compter sur nombre de résultats favorables.

Les autres méthodes de traitement curiethérapique du cancer de la prostate ne sont que des variantes et s'inspirent des mêmes données fondamentales.

Aux Etats-Unis on se rallie généralement à la méthode dont Jones Lee s'est fait le protagoniste. Ce dernier se sert d'aiguilles étudiées spécialement par la Pittsburg Radium Co et longues de 15 centimètres. Elles sont plantées dans la prostate par l'intermédiaire d'une cystostomie, un doigt rectal servant de guide. A chaque aiguille se trouve attaché un fil, les fils réunis en faisceau gagnent l'extérieur par la bouche de la cystostomie.

Certains auteurs ont également préconisé l'alliance des deux méthodes, c'est-à-dire l'application de radium après exérèse. Regaud a montré par la suite les effets néfastes de l'irradiation postopératoire.

La curiethérapie du cancer de la prostate par l'irradiation périprostatique, complétée par l'épinglage endo-vésical, nous fait considérer ce terrible mal avec un peu plus d'optimisme. Pourtant, tout comme la chirurgie, le radium est impuissant contre les métastases. Dans la carcinomose prostatopelvienne, il doit céder le pas au traitement palliatif.

Qu'advient-il de l'orifice de la cystostomie après l'irradiation si le sujet, lors de son traitement curiethérapique, présentait des troubles d'obstruction urinaire? La question est toute résolue. La cystostomie est définitive. Dans le deuxième cas, le malade étant encore possesseur d'un urètre prostatique perméable, il semble assez illusoire d'espérer voir ce dernier reprendre son calibre et sa souplesse, étant donnée la façon dont s'opère la cicatrisation des tissus après curiethérapie; qu'il suffise de se remémorer l'état

de sclérose et d'atrophie dans lequel se trouve le vagin chez les femmes traitées pour cancer du col. Déconseillons donc de fermer les orifices de cystostomie après irradiation d'un cancer de la prostate.

Que pensent du traitement radiothérapique certains spécialistes?

Pour Levin (Isaac), il faut préférer la cystostomie comme voie d'introduction du radium plutôt que la cystoscopie, qui est une méthode aveugle.

Legueu (de Paris) a renoncé à l'exérèse et au radium, auquel il a retiré sa confiance. Il se contente de la cystostomie.

Oraison a essayé la chirurgie et le radium sans grands succès. Chez les non-rétentionnistes, il ne pratique aucune intervention. Chez les rétentionnistes, il fait la cystostomie.

Pour *Pares*, en présence de tout cancer de la prostate avec complications, il faut cystostomiser le malade et en profiter pour introduire des aiguilles radifères dans la prostate.

Par ce procédé peu traumatisant, cet auteur a obtenu des survies prolongées avec amélioration de l'état général.

Pasteau estime qu'à condition de faire l'irradiation péri-prostatique, le radium a une action certaine sur le cancer de la prostate. Il ne faut jamais hésiter à l'employer, car il peut guérir.

En résumé, dans la majorité des cas, il semble bien qu'il faille profiter de la cystostomie pour faire bénéficier le malade du traitement radiumthérapique.

LES ACCIDENTS DE LA CYSTOSTOMIE

La cystostomie en elle-même paraît être une opération bénigne ressortant presque du cadre de la petite chirurgie. Or on est quelquefois tout surpris malgré l'innocuité qu'elle paraît devoir présenter de voir la mort suivre de près sa mise en pratique. C'est que chez ces malades, l'opération a été trop tardive. Ils étaient dans un état de déficit trop prononcé pour supporter la moindre intervention et la preuve en est qu'elle est parfaitement supportée quand elle est pratiquée à un stade moins avancé.

Il faut dire qu'il est des cas où elle ne peut enrayer la marche progressive des accidents, et en particulier des accidents rénaux.

A un autre point de vue, elle peut être l'origine de toute une série de complications inflammatoires, savoir : les abcès prévésicaux, les hématomes de l'espace de Retzius, les blessures du péritoine et par extension les péritonites purulentes, les phlegmons périvésicaux consécutifs à l'infiltration toujours à redouter de l'urine, les accidents septicémiques.

Enfin, en matière de cancer, il pouvait naître une inquiétude, celle de voir le néoplasme profiter de la fistule sus-pubienne pour s'échapper au dehors. Chacun sait que dès qu'un cancer fermé se transforme en cancer ouvert, son évolution s'en trouve accélérée. C'est là un fait malheureusement observé, et Rochet cite une observation où des bourgeons néoplasiques gagnèrent de proche en proche le long du drain

pour apparaître à l'extérieur. Le malade fut rapidement emporté.

Cependant ces faits sont rares, et il nous semble que la meilleure façon d'éviter ce désastreux état de choses est la précocité de la cystostomie, de façon à maintenir le cancer de la prostate dans un état latent.

C'est là le principal argument des détracteurs de la cystostomie. Il faut reconnaître qu'il est sérieux.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(DELORE.)

*Cancer de la prostate. — Rétention urinaire et infection vésicale.
Méat hypogastrique. — Survie : onze mois.*

D... (Jules), 70 ans, bonne santé habituelle. Depuis un an, troubles urinaires. Douze jours avant son entrée à l'hôpital, brusque rétention traitée par le cathétérisme.

Le premier jour, la sonde passait facilement, puis il y a deux jours, les sondages sont devenus difficiles et douloureux, provoquant des accès de fièvre et des hémorragies. A son entrée, le 1^{er} mai, le malade n'avait plus uriné depuis vingt-quatre heures; la vessie, énorme, remontait au-dessus de l'ombilic. Prostate très volumineuse, le cathétérisme, bien que possible, était difficile, l'urine fétide et profondément infectée.

Etat général très mauvais : Fièvre à 40 degrés, délire, langue grillée. L'examen des reins et les phénomènes généraux dénotent une pyélonéphrite ascendante.

On pratique la cystostomie. Après l'incision vésicale, il s'écoule une grande quantité d'urine fétide et purulente. La température tombe le lendemain à 37 degrés en se maintenant autour de 38 degrés les jours suivants. Le vingtième jour, le malade sortait de l'hôpital en bon état.

Neuf mois après, le malade revient pour hémorragies anales et incontinence des matières. L'état général est encore relativement bon, et le méat hypogastrique fonctionne bien, les urines sont clai-

res. On constate des adénites carcinomateuses typiques dans la région inguinale. Sans aucun trouble urinaire, ce vieillard qui se cachectisait doucement, fut emporté par une broncho-pneumonie.

La survie avait été de onze mois.

OBSERVATION II.

(LABADIE.)

X..., 58 ans, troubles urinaires depuis quelques mois avec état général s'aggravant depuis peu. Le toucher rectal révèle une prostate dure, néoplasique, du volume d'une mandarine. La muqueuse rectale glisse difficilement sur elle. En présence de l'aggravation des symptômes, Segond et Poncet pratiquent, le 10 novembre, une cystostomie. Les suites en sont simples, et l'urine peut s'écouler librement, les phénomènes douloureux disparaissent, mais les urines sont toujours horriblement fétides.

Dans la nuit du 13 au 14, le malade, qui avait une température normale, présente quelques signes d'agitation. Les urines à partir de ce moment deviennent de plus en plus rares, et les troubles urémiques s'accroissent rapidement. Le 17 novembre, nausées, vomissements. La température descend au-dessous de 37 degrés, délire. Le 18, mort dans les accidents urémiques.

OBSERVATION III.

(ROCHET.)

X..., 62 ans, avait été cystostomisé six mois auparavant pour un cancer de la prostate ayant déterminé des phénomènes de rétention grave, avec difficulté du cathétérisme, lequel faisait, en outre, beaucoup saigner le malade. L'affection suivait son cours, quand des hémorragies apparurent par la fistule sus-pubienne. On pensa d'abord à des hémorragies venues des bourgeons charnus de la plaie, mais, bientôt, apparurent des bourgeons cancéreux à l'orifice de la fistule. L'urine devint d'odeur infecte, et le malade fut rapidement emporté.

OBSERVATION IV.

(TUFFIER.)

X..., 62 ans, se présente à Baujon, se plaignant de ne plus pouvoir uriner spontanément. Le début remonte à un an par de la gêne en urinant. Peu à peu, la miction devient plus difficile. Le malade est obligé de faire de grands efforts pour expulser l'urine. Depuis un mois, il ne peut plus uriner spontanément et est obligé de se sonder, ce qu'il fait lui-même. Puis les troubles de la miction se sont accompagnés d'une profonde altération de l'état général. Le facies est celui d'un cachectique. Au toucher rectal, prostate extrêmement dure. Pas de ganglions dans le petit bassin.

Cystostomie. Suites normales. Le malade n'a pas été revu depuis.

OBSERVATION V.

(TÉDENAT.)

X..., 42 ans, sans antécédents.

Le malade consulte le 6 novembre 1901; depuis deux mois, besoins d'uriner très fréquents, toutes les deux heures, la nuit comme le jour. Au toucher, prostate augmentée de volume.

13 novembre : Apparition des douleurs. Les besoins d'uriner augmentent de fréquence. La miction est lente et faite avec effort. Le 12, il y eut une abondante hématurie, un sondage retire 300 grammes d'urine sanglante mêlée de caillots.

14 novembre : Prostate dure, noduleuse, saillie dans le rectum beaucoup plus marquée. La miction spontanée est impossible.

16 novembre : Le cathétérisme est très difficile, la vessie est distendue, les besoins d'uriner persistants.

Le malade accepte la cystostomie. Evacuation de nombreux caillots noirs, un tube de Pezzer est mis en place et autour de lui on place des mèches de gaze iodoformée dans un but d'hémostase.

18 novembre : Le malade est soulagé de ses besoins d'uriner. Les douleurs sont moindres. L'hématurie s'est arrêtée.

26 novembre : Reprise des phénomènes. Hématuries, douleurs
L'état général est mauvais.

26 janvier : Le malade succombe à une généralisation.

OBSERVATION VI

(KOHREN.)

X..., 59 ans, néoplasme de la prostate, rétention complète. Etat
urémique.

Cystostomie d'urgence le 29 juin 1926.

Le 4 septembre, phénol-sulfone-phtaléine, 27 p. 100.

18 septembre : P. S. P., 50 p. 100.

Prostatectomie le 19 septembre.

OBSERVATION VII.

(KOHREN.)

X..., 65 ans, épithélium de la prostate, rétention chronique in-
complète avec distension vésicale.

Urines claires, mictions par regorgement.

Azotémie, 0,43.

K = 0,320.

Cystostomie le 27 septembre 1922.

21 octobre :

Azotémie, 0,38.

K = 0,096.

27 octobre : Prostatectomie secondaire.

OBSERVATION VIII.

(KOHREN.)

X..., 78 ans, admis le 1^{er} novembre pour cancer prostatique inq-
pérable. Rétention complète.

Sonde à demeure pendant dix jours. Puis la miction étant impos-
sible, on pratique, le 12 novembre, une cystostomie définitive.

OBSERVATION IX.

(KOHREN.)

X..., 65 ans, admis le 13 juillet 1922 pour cancer de la prostate avec ganglions très indurés.

Impossibilité absolue de la miction, cathétérisme impossible, même sur mandrin.

Cystostomie immédiate.

Traité ultérieurement par radiothérapie profonde, qui n'amène qu'une amélioration insignifiante.

OBSERVATION X.

(BOEKEL.)

X..., 67 ans, cancer de la prostate. Grandes difficultés de la miction et douleurs vésicales.

Le 22 janvier 1927 : *Cystostomie*.

Le 15 février :

Azotémie, 0,8;

P. S. P., 35 p. 100.

Le 25 février :

Azotémie, 0,42;

P. S. P., 48 p. 100.

Le lendemain, on pratique la prostatectomie secondaire sous rachi-anesthésie.

Enucléation d'une petite tumeur obstruant presque complètement le col.

Examen microscopique : épithélioma. Suites opératoires favorables.

OBSERVATION XI.

(THOMPSON.)

Fausses routes créées par le cathétérisme dans un cancer de la prostate. — Mort. — Autopsie.

Vieillard de 70 ans, entré à l'hôpital, se plaignant d'uriner difficilement. Urines peu abondantes et sales. Douleurs. Ces derniers temps, elles présentent une coloration noirâtre, indice de la présence d'une certaine quantité de sang.

On pratiqua le cathétérisme et bien qu'il ne sortît pas d'urine, on crut être dans la vessie, dont on supposait les parois affaissées.

Quelques jours après, le malade tombe dans une prostration très grande; il meurt treize jours après son entrée.

Autopsie. — Parois vésicales épaissies. Prostate volumineuse, entièrement dégénérée. Le canal de l'urètre n'existe plus à proprement parler. C'était une bouillie à travers laquelle la sonde avait fait une fausse route qui aboutissait à un grand foyer purulent.

OBSERVATION XII.

(CUMSTON.)

X..., 66 ans, ayant fait une fausse route après cathétérismes évacuateurs répétés. Rétention avec fièvre, puis hématurie et atteinte de l'état général.

Cystostomie. — Elle amène la sédation rapide des symptômes et ayant permis une survie de dix-huit mois sans souffrance pour un gros carcinome envahissant.

OBSERVATION XIII.

(CUMSTON.)

X..., 71 ans, pris subitement de rétention avec impossibilité absolue des sondages. Signes de cancer de la prostate.

Cessation des complications par cystostomie.

OBSERVATION XIV.

(CUMSTON.)

X..., 69 ans, rétention de longue date avec miction par regorgement.

Hydronéphrose, infection, cathétérismes impossibles.

Cystostomie, vessie forcée, scléreuse, urines infectées.

Survie de quatre ans.

OBSERVATION XV.

(CUMSTON.)

X..., 69 ans, rétention complète depuis deux semaines avec miction par regorgement. Sondage difficile et douloureux ramenant de l'urine trouble.

Cystostomie ayant permis secondairement l'ablation d'une prostate cancéreuse.

Survie de dix mois.

OBSERVATION XVI.

(CUMSTON.)

X..., 81 ans, rétention aiguë complète sans possibilité de sondage.

Cystostomie. — Grosse prostate avec ganglions lymphatiques envahis.

Survie de quatre mois sans souffrances.

OBSERVATION XVII.

(LOUMEAU.)

Malade de 65 ans, atteint depuis un an de troubles dysuriques de plus en plus accusés et d'hématuries à peu près constantes.

Puis, à partir de février 1916, rétention complète obligeant le malade à de très fréquents cathétérismes par jour.

A ce moment, les urines sont continuellement hématuriques.

Au toucher, tumeur dure, immobile occupant et emplissant complètement toute la loge prostatique.

Cystostomie. Le malade, muni d'un urinal hypogastrique approprié, peut mener six mois encore une vie normale.

OBSERVATION XVIII.

(DELORE.)

Hémorragies rebelles dans un cancer de la prostate ayant résisté à toutes les autres thérapeutiques et cessant rapidement par la cystostomie.

X..., 71 ans, présente depuis huit mois des hématuries abondantes avec anémie et affaiblissement progressif. Actuellement, le sang perdu est presque pur, la prostate est grosse. Rétention à peu près complète.

Le diagnostic porté est celui de néoplasme prostatovésical.

Cystostomie (3 mai). — La vessie est distendue par environ 1 litre d'urines sanglantes et fétides.

Large bouche vésicale pour bien mettre l'organe au repos.

8 mai : Etat général bon, plus de douleurs, plus d'hémorragies. Le malade part chez lui; il a engraisé.

Mort le 10 novembre d'une syncope. Généralisation péritonéale probable.

Depuis l'opération, il n'avait plus présenté d'hématuries.

OBSERVATION XIX.

(BOEKEL.)

X..., 70 ans, cancer de la prostate, abondantes hématuries.

Azotémie, 0,38. K = 0,106.

Cystostomie le 23 novembre 1930.

Suites favorables, cessation rapide des hématuries.

28 décembre :

Azotémie, 0,48;

P. S. P., 28 p. 100.

Prostatectomie secondaire le 29 décembre.

OBSERVATION XX.

(BOEKEL.)

X..., 65 ans, néoplasme vésical avec forte hématurie, vives douleurs.

Cystostomie le 15 juin 1920.

Disparition des hématuries, diminution des douleurs.

OBSERVATION XXI.

(BOEKEL.)

X..., 59 ans, cancer de la prostate, inopérable, vives douleurs.

Cystostomie le 30 novembre 1920.

Disparition presque complète des douleurs.

OBSERVATION XXII.

(HARTMANN).

X..., 54 ans, entre le 1^{er} décembre, parce qu'il a des hématuries.

Le 9 novembre, il commence à uriner du sang presque pur au début de la miction. En même temps, vives douleurs dans le canal. L'hématurie s'est renouvelée depuis à chaque miction. Parfois, il reste un jour ou deux sans en avoir. Depuis cinq jours, le malade a constamment uriné du sang, et l'hématurie est totale.

Prostate dure, volumineuse, emplissant le petit bassin sans qu'on puisse en apprécier les limites.

14 décembre : Sur la vessie non vidée, incision sus-pubienne, issue d'une grande quantité d'urine sanglante. Les tissus périvésicaux sont épaissis et infiltrés.

Mort le 15 au matin.

OBSERVATION XXIII.

(LEGUEU.)

X..., 61 ans, entré en février, état général précaire. Quatre mois avant, légers troubles urinaires avec, à plusieurs reprises, sang dans les urines. A son entrée à l'hôpital, il se présente pâle, jaune, amaigri. Il urinait 13 fois le jour, 20 fois la nuit; les urines, fortement troubles, ne contiennent pas de sang. Le cathétérisme provoque l'hémorragie, la vessie se vide mal.

Au toucher rectal, prostate énorme, limites diffuses. La paroi rectale faisait corps avec la prostate.

Dans le petit bassin, aucune tumeur ganglionnaire appréciable.

Des tentatives de sonde à demeure ne donnèrent rien.

Cystostomie. — L'opération fut faite le 14 mai suivant les règles. Le doigt introduit dans la vessie y constate plusieurs prolongements du cancer de la prostate. On se garde bien d'y toucher. Sonde de Pezzer dans la fistule. Suites simples, le malade se levait au bout de quelques jours. Il était beaucoup amélioré.

Les premiers jours, il urina par sa sonde hypogastrique et dans le pansement; bientôt, l'orifice s'étant rétréci, rien que par la sonde.

OBSERVATION XXIV.

(LEGUEU.)

Disparition des douleurs par la cystostomie.

X..., 61 ans, entre à la Clinique Necker pour néoplasme de la prostate avec pollakiurie, hématurie, alternatives de diarrhée et de constipation. État général mauvais. Prostate dure par endroits, mal limitée, adhérente.

Cystostomie. — Sonde de Pezzer à demeure, le malade est infiniment soulagé. Il reste trois mois dans le service. Puis l'appétit disparaît, les forces baissent; se sentant perdu, il rentre chez lui.

Les productions néoplasiques ne se sont pas étendues à la plaie opératoire. Le méat hypogastrique est resté indemne.

OBSERVATION XXV.

(JEANNEL.)

*Douleurs dues à un néoplasme de la prostate atténuées
par la cystostomie.*

X..., 62 ans, se plaignant de mictions fréquentes, douloureuses et sanguinolentes. Le toucher rectal donne tous les caractères du cancer, dur, bosselé, ayant envahi les vésicules séminales et le bas-fond de la vessie, ganglions inguinaux à gauche.

Cystostomie. — On constate au niveau du bas-fond des masses bourgeonnantes néoplasiques émanées de la prostate. On les enlève à la curette et on cautérise au thermocautère.

Hémorragie opératoire, qui cède à un lavage fait par la sonde hypogastrique.

Le malade accuse la disparition totale de ses douleurs. Il quitte le service huit jours après.

OBSERVATION XXVI.

(BOEKEL.)

X..., 61 ans, néoplasme de la vessie secondaire à un cancer de la prostate faisant beaucoup souffrir le malade.

Azotémie 0,67. K = 0,120.

Cystostomie le 8 mai 1925.

Diminution très notable des douleurs.

OBSERVATION XXVII.

(KOEHRN.)

X..., 64 ans; volumineux cancer de la vessie. Souffre atrocement depuis deux ans. La maladie a débuté par des hématuries et de la pollakiurie. Le malade n'urinait pas spontanément et ne supportant ni les cathétérismes ni la sonde à demeure, on pratique la cystostomie le 4 juillet 1922.

Diminution partielle des douleurs du patient.

OBSERVATION XXVIII.

(NEGRO et COLOMBET.)

Epreuves à la phénol, sulfone, phtaléine.

X..., 60 ans, adénome en voie de transformation maligne.

P. S. P., 37 p. 100.

Urée, 0,59.

Après cystostomie et au bout de six semaines :

P. S. P., 50 p. 100.

Urée, 0,42.

OBSERVATION XXIX.

X..., 68 ans. Adénome en voie de transformation.

10 janvier 1922 :

P. S. P., 17 p. 100;

Urée, 0,48.

Cystostomie.

1^{er} février :

P. S. P., 18 p. 100;

Urée, 0,31.

10 juin :

P. S. P., 43 p. 100;

Urée, 0,37.

18 juin :

P. S. P., 58 p. 100;

Urée, 0,37.

CONCLUSIONS

Il ressort de notre étude que :

1° La chirurgie curative n'est possible que dans un nombre très limité de cas, en particulier dans le cas d'adénome en voie de dégénérescence;

2° La chirurgie palliative rend de très grands services :

- a) par son efficacité contre les symptômes du cancer;
- b) par son action sur l'état général;
- c) par l'action frénatrice qu'elle paraît avoir sur l'évolution du cancer. Elle a ainsi donné entre les mains de nombreux chirurgiens des survies importantes;
- d) par les services qu'elle peut rendre à l'opérateur lorsque la cystostomie est faite comme premier temps d'une prostatectomie en lui donnant un malade désintoxiqué et en le faisant opérer sur un terrain moins septique;
- e) dans certains cas urgents, elle agit au même titre que la trachéotomie ou l'entérostomie lorsqu'il faut « pisser ou mourir ».

Un dernier point reste à élucider : Quand faut-il faire la cystostomie? Vu les mauvais résultats que donne l'opération quand elle est faite trop tardivement, Legueu conseille de la pratiquer dès les premiers troubles mictionnels.

Cumston admet, d'accord avec les classiques français, que la cystostomie doit être pratiquée dès l'apparition dans un néoplasme de la prostate :

de l'impossibilité du sondage;
des hémorragies;
des troubles de la rétention.

VU, BON A IMPRIMER :

Vu : *Le Doyen,*
C. SIGALAS

Le Président,
J. DUVERGEY

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 7 janvier 1933,
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AUMONT. — Cystostomie et hématurie grave d'origine prostatique. *Bull. et mém. Soc. nat. de chir.*, 12 nov. 1929.
- BOMPART. — Le sondage et la cystostomie d'urgence. *Progrès médical*, 1930.
- CATHELIN. — Les vessies qu'il ne faut pas ouvrir. *Rev. prat. des org. gén. urin.*, mai 1914.
- CAUHAPE (Jean). — Radium et cancer de la prostate. Thèse Paris, 1910-1911.
- CHAUVIN (E.). — Radiumthérapie. Congrès internat. de chir., 1930.
— Statistique de la radiumthérapie. *Progrès médical*, 1930.
— Que peut-on attendre du radium. *Journ. d'urol.*, 1931.
- CARLIER. — Distension et cystostomie. Comm. à l'Ass. franç. d'urol., oct. 1919.
- COLSTON (J. A. C.). — Treatment of urinary obstruction due to malignant disease. *Journ. d'urol.*, 1930.
- CUMSTON (C. G.). — Cystostomie et cancer de la prostate. *Journ. de méd. de New-York*, 1913.
- DARVRINCHE. — Métastases dans le cancer de la prostate. Thèse de Lille, 1903.
- DELORE. — Méat hypogastrique avec survie de 11 mois chez un cancéreux prostatique. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, avril 1900.
- DUVERGEY et BLANC. — Tumeur maligne de la prostate chez un jeune homme de 17 ans. *Journ. d'urol.*, 1930.

- DE NABIAS. — Technique du traitement par le radium. *Bull. de l'Ass. soc. pour l'étude du cancer*, déc. 1926.
- DESNOS. — Des opérations palliatives dans le cancer de la prostate. Ass. franç. de chirur., Paris, 1896.
- ENGELBACH. — Les tumeurs malignes de la prostate. Thèse Paris, 1888.
- FOURNIER. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical du cancer de la prostate. Thèse Bordeaux, 1904-1905.
- GALAN. — Contribution à l'étude de la constante d'Ambard chez les prostatiques. Thèse Lyon, 1913.
- GAUDY, DORREN (VAN). — Traitement du cancer de la prostate. *Le Cancer*, 1924.
- GAYET-PEYCELLON. — Contribution à l'étude du traitement du cancer de la prostate. *Arch. franco-belge de chir.*, sept. 1925.
- GENOUVILLE et BOCKEL. — Physiologie pathologique de la cystostomie. *Encyclopédie franç. d'urol.*
- GIBERT. — Rétention et cystostomie. *Journ. d'urol.*, 1928.
- GODARD (Louis). — Indication principale de la cystostomie sus-pubienne. Thèse Paris, 1903-1904.
- GUYON. — Influence de la tension intravésicale sur la fonction rénale. *Ann. des mal. des org. génit. urin.*, 1892.
- HAHN. — Tumeurs des hémorragies vésicales pour la cystostomie. Thèse Lyon, 1898.
- HALLOPEAU. — Tumeurs malignes de la prostate. Thèse Paris, 1906.
- JEAN. — Rétention incomplète. Thèse Paris, 1879.
- KOEHNEN. — Valeur thérapeutique de la cystostomie. Thèse Strasbourg, 1927.
- KÜMMEL. — La prostatectomie en deux temps. *Journ. d'urol.*, 1921.
- LABADIE. — Cancer de la prostate et traitement. Thèse Lyon, 1895.
- LAMEN. — Extirpation radicale du cancer de la prostate. *Journ. d'urol.*, 1927.
- LAURENT. — La cystostomie, ses indications et sa valeur thérapeutique. *Liège médical*, oct. 1929.
- LEVIN (Isaac). — Situation relative du traitement du cancer de la prostate par la chirurgie et le radium. *Journ. d'urol.*, 1926.

- LEE (J.-M.). — Traitement du cancer avancé de la prostate. *Journ. d'urol.*, 1921.
- LEGUÉU. — Du méat hypogastrique dans le cancer de la prostate. *Gazette hebdomadaire*, août 1893.
- Discussion sur le cancer de la prostate et le radium. *Bull. Soc. franç. d'urol.*, 1923.
- LOUMEAU. — Prostatectomie pour cancer de la prostate. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1919.
- Cancer de la prostate et cystostomie sus-pubienne. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1917.
- LURTZ. — Zur Kenntniß des Krebses der Prostater. Freiburg, 1903.
- MACAREI (Jean). — De l'envahissement ganglionnaire dans le néoplasme de la prostate. Thèse Lyon, 1901.
- MAHMOUD-HUSSEIN. — Epith. de la prostate et son traitement. Thèse Montpellier, 1909-1910.
- MARION. — A propos du traitement du cancer de la prostate. *Journ. d'urol.*, mars 1926.
- MONTFORT. — Du rôle de la prostate dans la production des tumeurs de la vessie. Thèse Paris, 1903.
- PANCIULESCO. — Traitement de choix de la rétention. Thèse Paris, 1913-1914.
- PAPIN et VERLIAC. — Cystostomie et cancer de la prostate. *Bull. de la Soc. franç. d'urol.*, 1929.
- PASTEAU. — Les hémorragies d'origine prostatique. XV^e session de l'Assoc. franç. d'urol., 1911.
- PAUCHET. — Le cancer de la prostate. *Encyclopédie des voies urinaires*.
- Traitement du cancer de la prostate. *Paris chirurgical*, 1924.
- PAYRI. — Cystostomie, ses principales indications. Thèse Montpellier, 1892.
- PIZARD. — De l'ablation des tumeurs localisées de la prostate. Thèse Lyon, 1909-1910.
- PONCET et DELORE. — Traité de la cystostomie.
- ROCHET-RONOT. — Comment meurent les cancers de la prostate. *Lyon chirurgical*, mars 1911.

SOÏLAND et COSTELOW (W). — Cancer de la prostate et radiothérapie profonde. *Journ. d'urol.*, 1926.

TANGVALL. — Opération radicale du cancer de la prostate par la méthode combinée. *Journal d'urol.*, 1928.

VINTICE-LAROCHE. — Hémorragie et néoplasme de la prostate. *Journ. d'urol.*, 1929.

